



**You have downloaded a document from  
RE-BUŚ  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta

**Author:** Iwona Michalak-Widera, Natalia Moćko

**Citation style:** Michalak-Widera Iwona, Moćko Natalia. (2013). Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta. W: K. Węsierska, N. Moćko (red.), "Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. T. 2" (S. 134-149). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Iwona Michalak-Widera, Natalia Moćko

## Profilaktyka logopedyczna elementem skutecznej diagnozy małego pacjenta

Profilaktyka logopedyczna buduje wiedzę na temat diagnozowania czynności mowy, rozwijania i podtrzymywania sprawności w zachowaniach językowych także u osób pozostających w normie biologicznej i umysłowej.

S. Grabias

### Wprowadzenie

Logopedia jest dziedziną nauki o charakterze interdyscyplinarnym, ponieważ łączy w sobie elementy językoznawstwa, nauk medycznych oraz psychologicznych i pedagogicznych. Pojęcia, których używają logopedzi oraz inni specjaliści, w tym pojęcie *diagnoza* i *terapia logopedyczna*, są zwykle definiowane w różny sposób, a podłoże definicji jest zazwyczaj związane z tą dyscypliną nauki, którą reprezentuje dany badacz. Nie można jednak zapominać, że interdyscyplinarność logopedii zobowiązuje do wypracowania określonych standardów, na podstawie których można mówić o rzetelnej i pełnej diagnozie i terapii logopedycznej. Prawidłowa diagnoza stanowi podstawę opracowania najlepszego programu terapeutycznego, by jednak była prawidłowa, należy najpierw określić, czym jest sama diagnoza i wybrać tę definicję, która uwzględni wszystkie elementy potrzebne do opracowania skutecznego programu terapii.

## Diagnoza medyczna i nie tylko

Termin *diagnoza* znany jest chyba każdemu człowiekowi, który choć raz miał do czynienia z badaniem lekarskim, odwiedził gabinet psychologa, korzystał z pomocy logopedy lub innych specjalistów. Wyrażenie „diagnoza” budzi czasem strach, kiedy po wykonaniu skomplikowanych badań lekarskich, pełen trwogi pacjent pyta: „Panie doktorze, jaka diagnoza?”. Takie rozumienie terminu jest związane z samym pochodzeniem wyrażenia — z łac. *diagnosis* ‘rozpoznanie choroby, diagnoza’. Podstawowym znaczeniem terminu jest zatem diagnoza kliniczna, jednak poza nią wyróżniamy również diagnozę psychologiczną czy pedagogiczną, jak również diagnozę logopedyczną czy psychospołeczną. Marta Bogdanowicz wspomina o tym, że diagnoza zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka jest w psychologii klinicznej ściśle związana z poznawaniem dziecka, co można uznać za psychologiczną definicję pojęcia. Autorka podkreśla jednak, że sukces procesu postępowania diagnostycznego zależy od współpracy wielu specjalistów (BOGDANOWICZ, 2003). Diagnoza ma miejsce wszędzie tam, gdzie mowa o rozpoznaniu symptomów, identyfikacji czy klasyfikacji danego zjawiska. Oczywiście, w języku pojawiają się również określenia typu *analiza* i *diagnostyka ekonomiczna*, znane z biznesu i języka mediów. Jest to spowodowane przenikaniem terminologii z jednej wyspecjalizowanej dziedziny do innych. Podobnie mówimy obecnie już nie tylko o badaniach medycznych, ale i badaniach rynkowych, marketingowych, badaniach organizacji.

Współczesna literatura kładzie nacisk na wyselekcjonowaną, specjalistyczną diagnozę w przypadku konkretnego zjawiska — inna będzie diagnoza sytuacji rynkowej, inna chorób wewnętrznych człowieka. Można zatem stwierdzić, że na definicję pojęcia *diagnoza* mają wpływ dwa czynniki: osoba, która daną definicję ustala, oraz zaburzenie, schorzenie czy wreszcie choroba, która stanowi przedmiot diagnozy. Podobnie prezentuje się kwestia samego procesu diagnozy, który zależy od wielu czynników — może stanowić jedynie wstępne rozpoznanie i być w zasięgu możliwości osoby częściowo związanej z dziedziną wiedzy, której dotyczy. Może zawierać elementy pełnego badania i podlegać jedynie wykwalifikowanemu diagnoście. Aby rozstrzygnąć, jakie czynniki decydują o określeniu sposobu prowadzenia diagnozy, należy postawić wcześniej pytanie o pole oddziaływań diagnostycznych, a zatem o to, czy diagnoza będzie prowadzona względem grupy ryzyka (osób, u których zaszło podejrzenie wystąpienia zaburzenia, schorzenia czy choroby), czy będzie stanowić element badań

profilaktycznych, mających na celu wyłonienie takiej grupy osób, która zostanie jedynie zakwalifikowana do dalszego, pełnego badania. Przykład profilaktycznych badań przesiewowych oraz pełnego badania diagnostycznego w artykule jest podany w odniesieniu do diagnozy logopedycznej dzieci z *dyslalią*.

## Diagnoza dyslalii

Podstawą efektywnie prowadzonej terapii logopedycznej dziecka z dyslalią jest prawidłowo sformułowana diagnoza. *Diagnozę logopedyczną* definiuje się jako rozpoznanie zaburzenia mowy i przewidzenia jego tendencji rozwojowych (JASTRZĘBOWSKA, PELC-PĘKALA, 2003). Możliwe jest to dzięki analizie stanu osoby badanej, na którą składają się: dane z wywiadu i obserwacji, wyniki badania sprawności narządów mownych i analiza ich budowy, a także sposoby realizacji fonicznych podstawowych głosek języka polskiego oraz stan słuchu fonemowego i umiejętność formułowania samodzielnych wypowiedzi (BALEJKO, 1993; SKOREK, 2001; EMILUTA-ROZYA, 1998).

W diagnozie logopedycznej wyróżnia się dwa etapy: pierwszy, zwany *eksploracyjnym*, którego zadaniem jest rozpoznanie aktualnego stanu wymowy podczas badania, oraz drugi, tzw. *weryfikacyjny*, polegający na potwierdzeniu lub wykluczeniu rozpoznania z etapu pierwszego podczas trwania terapii (SKOREK, 2000). Między diagnozą, czyli eksploracją, a weryfikacją prowadzoną w czasie terapii powinny być zachowane odpowiednie proporcje. Eksploracja powinna być stale weryfikowana. Oznacza to, że raz postawiona diagnoza może ulegać zmianie w trakcie postępowania terapeutycznego, na przykład wtedy, kiedy ujawniają się dodatkowe czynniki, mające wpływ na ocenę sytuacji. Diagnosta powinien być czujny i zwracać uwagę na takie czynniki, zwłaszcza te, które są związane ze środowiskiem życia pacjenta i często decydują o przebiegu procesu terapeutycznego.

Zdaniem E.M. Minczakiewicz, tylko doskonała znajomość dziecka pozwala na postawienie właściwej diagnozy (MINCZAKIEWICZ, 1997). Dlatego też niezbędne jest badanie sprawności narządów mowy, sprawdzenie słuchu fonemowego i fonetycznego. Najważniejszym elementem jest ocena aktualnego stanu realizacji fonicznej głosek przez badanego, powtarzania oraz rozumienia mowy.

Do spełnienia tych warunków konieczne jest narzędzie badawcze w postaci *karty badania mowy* z odpowiednio dostosowanym do niej *kwestionariuszem*, tzn. zestawem ilustracji przedstawiających nagłos, śródgłos i wygłos (jeśli występuje) podstawowych głosek języka polskiego. Zapisu wymowy poszczególnych głosek dokonuje się na karcie badania mowy.

## Karty badania mowy oraz kwestionariusze

Wzorów kart sprawdzających zasób systemu fonologiczno-fonetycznego osoby badanej jest bardzo wiele, zdecydowanie mniej natomiast jest kwestionariuszy (KACZMAREK, 1955; BARTKOWSKA, 1968; ANTOS, DEMEL, STYCZEK, 1971; BALEJKO, 1992; STECKO, 2009; NOWAK, 1997; BILLEWICZ, ZIOŁO, BATOR, 1996; BILLEWICZ, ZIOŁO, 2001; MICHALAK-WIDERA, 2009), dlatego wielu logopedów dostosowuje własnoręcznie wykonane kwestionariusze do istniejących już kart. Szczegółowym kwestionariuszem zawierającym wszystkie głoski we wszystkich możliwych pozycjach (KACZMAREK, 1955; MICHALAK-WIDERA, 2009; BILLEWICZ, ZIOŁO, 2001; KRAJNA, 2008) powinien posługiwać się logopeda rozpoczynający pracę w zawodzie. Zbyt skromna liczba ilustracji, np. jeden zilustrowany wyraz prezentujący głoskę, może utrudnić ocenę zjawiska (BALEJKO, 1992). Błędna ocena fonacji wywiera zdecydowany wpływ na postawienie diagnozy. Nieprawidłowo sformułowana diagnoza utrudnia i przedłuża czas trwania terapii logopedycznej, z czasem powoduje, że u osoby z dyslalią zaburzenie może się utrzymywać.

## Postawienie diagnozy

Doświadczonemu logopedzie do postawienia trafnej diagnozy wystarczy rozmowa na temat ulubionych zabaw, potraw czy czynności, które dziecko najchętniej wykonuje w czasie wolnym. Oczywiście wypowiedź dziecka powinna być uzupełniona wysłuchaniem brzmienia głosek w różnych układach, co do których wystąpiły wątpliwości czystości wymawiania. Powinno się to odbywać na podstawie samodzielnego nazywania

desygnatów zilustrowanych w kwestionariuszu obrazkowym. W przypadkach dyslalii wielorakiej złożonej lub całkowitej bezwzględnie konieczne jest szczegółowe badanie artykulacji podstawowych głosek języka polskiego w nagłosie, śródgłosie i wygłosie (jeśli występuje). Podyktowane jest to potrzebą sformułowania trafnej diagnozy i opracowania szczegółowego indywidualnego programu terapii, aby osiągnąć efekt wyjścia z zaburzenia.

Poza miejscem na zapis fonetyczny wymówień osoby badanej w karcie powinno znaleźć się miejsce na dane z wywiadu (EMILUTA-ROZYA, 1998; PAROL, 1997; STYCZEK, 1981; SAWA, 1990; MINCZAKIEWICZ, 1997). Zależnie od miejsca przeprowadzenia badania możliwy jest mniej lub bardziej szczegółowy wywiad. Do poradni psychologiczno-pedagogicznych zgłaszają się rodzice bądź opiekunowie wraz z dzieckiem. Wtedy wywiad może i powinien być szczegółowy. W szkołach, zwłaszcza w placówkach specjalnych, położonych w dzielnicach, gdzie ma miejsce wiele patologii społecznych i większość dzieci jest zaniedbana środowiskowo, trudno o dokładny wywiad. Proste zaburzenia wymowy, gdy nieprawidłowo realizowane są jedna lub kilka głosek, również nie wymagają szczegółowego wywiadu. W przypadkach trudniejszych, np. dyslalii całkowitej, więcej informacji z wywiadu (ROCŁAWSKI, FEDOROWSKA, WARDOWSKA, 1995) pozwoli prawidłowo postawić diagnozę i skuteczniej prowadzić późniejszą terapię.

D. Emiluta-Roza proponuje poza wywiadem i rozmową wstępną, mającą na celu tzw. pozyskanie badanego do współpracy i globalne zorientowanie się co do rodzaju zaburzenia, także *badania specjalistyczne uzupełniające*, np. konsultację laryngologiczną, ortodontyczną, neurologiczną, psychologiczną, audiologiczną, foniatryczną oraz badanie szczegółowe (EMILUTA-ROZYA, 1998).

Badanie szczegółowe — zdaniem autorki — powinno objąć (EMILUTA-ROZYA, 1998: 101—105):

- ocenę budowy aparatu artykulacyjnego, tj. nosa, warg, języka, podniebienia twardego i miękkiego, zębów oraz zgryzu, a także żuchwy,
- ocenę sprawności aparatu artykulacyjnego (przykładowe karty badania sprawności narządów mownych sporządziły: E. STECKO (1996, 2009: 92), E.M. MINCZAKIEWICZ (1997: 211), H. RODAK (1994: 40), J. CIESZYŃSKA (2001: 34), natomiast zilustrowaną wersję można znaleźć w autorskiej pozycji *Śmieszne minki* (MICHALAK-WIDERA, 2002)),
- ocenę czynności fizjologicznych w obrębie narządu mowy, czyli oddychania, odgryzania, gryzienia, żucia i połykania (badanie umiejętności prawidłowego połykania znaleźć można u B. MACKIEWICZA (2001: 88—89), E.M. SKOREK (2001: 61—63), E. MORKOWSKIEJ (2000: 10)),

- kinestezji artykulacyjnej, tj. czucia pozycji i ruchów artykulatorów,
- ocenę słuchu fonematycznego, czyli fonemowego (przykładowe kwestionariusze i karty badania słuchu znaleźć można w opracowaniach: I. STYCZEK (1982), B. ROŚLAWSKIEGO (1986, 2001a, 2001b).

## Kwestia czasu

Już wstępne określenie zakresu działań diagnostycznych skłania do refleksji nad czasochłonnością tego procesu. Biorąc pod uwagę choćby jedną z wymienionych kart badania mowy, możemy stwierdzić, że do przeprowadzenia pełnego badania jest potrzebny wykwalifikowany diagnosta (logopeda), posiadający odpowiednie narzędzie diagnostyczne, umożliwiające pełne badanie mowy dziecka. Takie badanie może zostać wykonane w gabinecie logopedycznym, poradni czy przedszkolu przez logopedę. Idealna sytuacja zakłada około godzinne badanie pacjenta.

Rozpowszechnienie wad wymowy, zwłaszcza wśród dzieci, powoduje, że istotne dla profilaktyki logopedycznej są działania o szerszym zakresie, prowadzone przez logopedów, a także przedstawicieli środowisk pedagogicznych oraz medycznych, zatem wszystkich tych osób, które mają kontakt z dzieckiem. W przedszkolach i szkołach są coraz częściej prowadzone wstępne rozpoznania wad i zaburzeń wymowy, wykrywanych na podstawie przesiewów logopedycznych. W wypadku takich działań postępowanie diagnostyczne jest skoncentrowane na szybkim rozpoznaniu nieprawidłowości i rozpoznanie może przeprowadzić (na podstawie ścisłych wytycznych) poza logopedą również lekarz czy nauczyciel (zob. HAYNES, PINDZOLA, 1998; MOĆKO, SROKA, SZLACHTA, 2012). Badania przesiewowe stanowią wstęp do pełnego badania diagnostycznego, przeprowadzanego już przez logopedę. Badania potwierdzają, że nauczyciele nie czują się w pełni gotowi do pracy z dzieckiem z zaburzeniem mowy<sup>1</sup>. Chętnie jednak wypowiadają się w kwestii możliwości podniesienia swoich kompetencji w zakresie szkoleń czy warsztatów logopedycznych. Biorąc pod uwagę fakt, że większość studentów podyplomowych studiów logopedycznych stanowią

---

<sup>1</sup> Opinia przytoczona na podstawie analizy wyników ankiet dotyczących sytuacji dzieci i uczniów jękaących się w środowiskach edukacyjnych (badania prowadzone w okresie od stycznia do marca 2012 roku na grupie 183 respondentów). Zob. MOĆKO, WĘSIERSKA (w druku).

studenci kierunków pedagogicznych, filologicznych oraz medycznych (zwłaszcza pediatrii), można mówić o naturalnych predyspozycjach przedstawicieli tych kierunków naukowych do określenia prawidłowości i deficytów w mowie dzieci. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym nawiązaniu współpracy są interdyscyplinarne konferencje naukowe<sup>2</sup>, podczas których logopedzi dzielą się zdobytym doświadczeniem i prowadzą odpowiednie warsztaty w celu wyposażenia przedstawicieli środowisk edukacyjnych i medycznych w konkretną wiedzę na temat badań przesiewowych.

### Czy badanie przesiewowe jest w stanie zastąpić pełną diagnozę?

Badanie przesiewowe, o czym należy pamiętać, nie jest badaniem wyczerpującym ani podstawą do postawienia skrupulatnej diagnozy. W tej kwestii niezbędne jest pełne badanie, warto jednak pamiętać o korzyściach, jakie daje możliwość szybkiego wyłonienia dzieci należących do grupy ryzyka, wymagających dalszych, bardziej precyzyjnych działań logopedycznych. Podstawową zaletą badań przesiewowych jest ich funkcjonalność i możliwość przeprowadzenia tego typu badań przez nauczycieli, pedagogów oraz pracowników służby zdrowia, a zatem osób mających bezpośredni i stały kontakt z dziećmi. W tej mierze niezbędna okazuje się wiedza z zakresu rozwoju dziecka, zwłaszcza konkretnych norm językowych, które powinno ono osiągnąć w danym wieku. Konkretnie możliwości w kwestii wdrażania środowisk edukacyjnych i zachęcania do stosowania testów przesiewowych przed pełnym badaniem diagnostycznym można zauważyć już na poziomie konstrukcji tych testów — użytej nomenklatury, nie ściśle logopedycznej, ale zrozumiałej dla środowiska osób pracujących na co dzień z dzieckiem. Atrakcyjność takich testów polega także na zastosowaniu klarownych poleceń i oceny wymagającej od prowadzącego przesiew jednoznacznej odpowiedzi. W takiej sytuacji nauczyciel badający dziecko czuje się komfortowo, bo musi jedynie ocenić, czy dziecko podlegające badaniu udzieliło prawidłowej odpowiedzi lub czy wykonało zadanie. Przykładem testu przesiewowego skonstruowanego w taki właśnie sposób i przeznaczonego do wstępnego rozpoznania jest *Test do badań*

---

<sup>2</sup> Autorki mają tu na myśli m.in. konferencje z cyklu *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*.



*przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* (MICHALAK-WIDERA, WĘSIERSKA, 2012), który służy właśnie wstępnemu rozpoznaniu nieprawidłowości w mowie dziecka i skierowaniu malucha na dalszą diagnozę do logopedy. *Instrument testowy...* był prezentowany podczas warsztatów obu edycji konferencji naukowej pt. *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* i spotkał się z entuzjastycznym przyjęciem ze strony środowisk edukacyjnych. Nauczyciele zwracali uwagę na przejrzystość instrukcji i arkusza odpowiedzi oraz szybkość i łatwość w wykonywaniu badania.

Testy przesiewowe nie mogą zastąpić pełnej diagnozy logopedycznej. Warto jednak pamiętać o tym, że mogą stanowić wstęp do takiej właśnie diagnozy. Mogą również być wykonywane przez nauczycieli jako testy kontrolne nawet częściej niż raz w roku, stanowią zatem doskonały element profilaktyki logopedycznej opartej na współdziałaniu środowisk edukacyjnych.

### Co jeszcze może zrobić dla dziecka nauczyciel i logopeda w ramach profilaktyki?

Profilaktyka logopedyczna zakłada wyłonienie spośród grupy dzieci tych, które potencjalnie mogą mieć w przyszłości większy problem w nauce, związany z zaburzeniem lub wadą wymowy, która się u nich wykształci. Aby zatem zapobiec potencjalnemu niebezpieczeństwu, nauczyciel powinien wykazać się czujnością, ponieważ to on przede wszystkim ma kontakt z dzieckiem i jest w stanie uchwycić nieprawidłowości w mowie dziecka. Jest też w stanie określić kluczową kwestię — czy dziecko rozumie, co do niego mówimy, czy potrafi rozróżnić dźwięki i tym samym naśladować je (wymawiać) w sposób prawidłowy?

To pytanie zakłada głębsze pochylenie się nad ostatnim z podanych wcześniej elementów składowych badania szczegółowego diagnozy logopedycznej — ocena *sluchu fonemowego*. Warto zgłębić to zagadnienie, gdyż w przypadku pojęć związanych z definiowaniem *sluchu fonemowego* ponownie występuje wiele określeń, a próby ujednolicenia terminologii są niezwykle trudne. Prawidłowo rozwinięty *sluch fonemowy* (ROČŁAWSKI, 2001a; CIESZYŃSKA, 2001), tzn. *fonologiczny* (ROČŁAWSKI, 1986), tzw. *fonematyczny* (STYCZEK, 1982; KANIA, 2001; ŁURIA, 1976; MAURER, 1997; EMILUTA-

-ROZYA, 1998; KOZŁOWSKA, 1998), czyli *mowny* (SKOREK, 2001), stanowi ważny aspekt w komunikacji językowej. Każdy termin ma odrębną definicję.

Zdaniem I. Styczek, „umiejętność rozróżniania słuchem dźwięków mowy wymaga uprzedniego utrwalenia się w odpowiednim ośrodku słuchowym mózgu śladów usłyszanych dźwięków mowy. Ślady te — można je nazwać stereotypami lub wzorcami słuchowymi głosek — [...] istnieją zapewne w formie impulsów nerwowych. Istnienie ich warunkuje z kolei wykształcenie się umiejętności rozróżniania dźwięków mowy, czyli słuchu fonematycznego” (STYCZEK, 1982: 6).

A.R. Łuria uważa, że przyczyną nieprawidłowego funkcjonowania *słuchu fonematycznego* są uszkodzenia tylnej części górnego zawoju skroniowego (ŁURIA, 1976).

Pojęcie *słuch fonematyczny*, zdaniem J.T. Kani, oznacza „umiejętność oceny bodźców akustycznych z punktu widzenia potrzeb komunikacji językowej, tj. umiejętność percypowania (wyodrębniania oraz identyfikowania) elementów fonologicznie relewantnych (istotnych), pomijania zaś cech dla procesu porozumiewania się redundantnych (nieistotnych)” (KANIA, 2001: 94).

I. Styczek definiuje *słuch fonematyczny* jako zdolności „rozróżniania najmniejszych elementów składowych wyrazów, czyli fonemów” (STYCZEK, 1982: 6). Podobnie twierdzi A. Maurer, która uważa, że *słuch fonematyczny* dotyczy kształtującej się w indywidualnym rozwoju dziecka umiejętności różnicowania fonemów języka, którym posługuje się otoczenie, a tym samym również dziecko (MAURER, 1997).

K. Kozłowska uważa, że *słuch fonematyczny* pozwala analizować i syntetyzować dźwięki mowy. Dzięki jego prawidłowemu funkcjonowaniu potrafimy odbierać mowę ludzką (KOZŁOWSKA, 1998).

O słuszności stosowania pojęcia *słuch fonematyczny* mówi I. Styczek. Autorka twierdzi, że „określenie słuch fonematyczny wywodzi się właśnie od terminu fonem” (STYCZEK, 1982: 7). Na fonem natomiast składa się „zespół cech dystynktywnych głoski, występujących jednocześnie i służących do odróżniania wyrazów” (STYCZEK, 1982: 6—7).

B. Ročławski uważa, że określenie *słuch fonematyczny* zostało niefortunnie przejęte z tłumaczeń literatury radzieckiej (ROČŁAWSKI, 1991). Pojęcie *słuch fonemowy*, zdaniem autora, jest bardziej adekwatnym użyciem w terminologii polskiej również w związku z nazwą „fonem”, przyjętą za reprezentantem angielskiej szkoły fonologicznej D. Jonesem, nazywającym „fonemem klasę głosek spokrewnionych akustycznie, które mogą się wzajemnie zastępować” (ROČŁAWSKI, 2001a: 15).

Zdaniem R. Laskowskiego — popierającego pogląd szkoły praskiej — fonem to abstrakcyjna jednostka systemu języka, fizycznie realizowana przez ściśle określony zbiór głosek danego języka, którymi są allofony, czyli warianty danego fonemu. Fonemy same nie znaczą, służą natomiast do rozróżniania znaczeń wyrazów i zbudowania ich z matrycy cech dystynktywnych, tj. relewantnych (LASKOWSKI, 1999).

D. Ostaszewska i J. Tambor podkreślają również, że fonem można scharakteryzować wyłącznie przez funkcję, jaką pełni on w procesie komunikacji językowej (OSTASZEWSKA, TAMBOR, 2000), co przeciwstawia go głosce, tj. dźwiękowi realnie występującemu w wyrazach.

W ujęciu koncepcji kognitywnej, tj. poznawczej, za I. Nowakowską-Kempną można przyjąć, że „fonem to prototyp (wzorzec), najlepszy przykład kategorii fonologicznej dla właściwych sobie allofonów (w poznawczym aspekcie języka) i głosek funkcjonalnie czynnych (w komunikacji językowej, w dźwiękowym, brzmieniowym aspekcie języka)” (NOWAKOWSKA-KEMPNA, 2000: 75).

W *Poradniku fonetycznym dla nauczycieli* B. ROCLAWSKI (1986) wprowadza pojęcie *śluchu fonologicznego* dla zdolności rozróżnienia elementarnych jednostek języka, jakimi są fonemy. Problemy wynikające z łączenia dwóch klas głosek, które reprezentują dwa różne fonemy w danym języku w jedną klasę nazywa *zaburzeniami śluchu fonologicznego*. Oprócz pojęcia *śluch fonologiczny* pojawia się termin *śluch fonetyczny*, określający zdolność rozróżniania głosek i zjawisk prozodycznych, którymi są np. akcent, intonacja, rytm. W pracy *Śluch fonemowy i fonetyczny* (ROCLAWSKI, 2001a, 2001b) autor wprowadza określenie *śluch fonemowy*, czyli „zdolności do kwalifikowania wyróżnionych z potoku mowy głosek jako przynależnych do określonych, fonologicznie zdeterminowanych klas głosek” (ROCLAWSKI, 2001a: 20). Podkreśla konieczność prawidłowego użycia terminów *głoska* i *fonem*, twierdząc że „rozszerzenie pojęcia *głoska* na każdy element dźwiękowej formy wypowiedzi ułatwia pracę nauczycielom. [...] Na przeszkodzie staje tradycja językowa, potoczna świadomość językowa, która utożsamia pojęcie głoski z fonemem, terminem językoznawczym prawie nieznanym i na pewno trudnym do upowszechnienia. W praktyce szkolnej należałoby więc językoznawcze pojmowanie głoski zastępować wyrażeniem *dźwięk mowy*, natomiast pojęcie *głoska* używać konsekwentnie w tym znaczeniu, jakie językoznawcy przypisują pojęciu *fonem*. Fonem to jednostka abstrakcyjna obejmująca klasę głosek, których wzajemna wymiana nie powoduje zmian w takich jednostkach języka, jak: morfem, wyraz, wypowiedzenie. Wymiana zaś fonemów zawsze powoduje zmiany jednostek języka. W danej klasie gło-

sek stanowiącej określony fonem występują najczęściej głoski o bardzo podobnej budowie artykulacyjnej i akustycznej, różniące się między sobą niewielką liczbą cech lub nawet tylko jedną cechą. Cechy te są słabo uświadamiane i najczęściej dostrzegają je tylko specjaliści fonetycy. Dla danej klasy głosek można określić wiązkę cech wspólnych, niepowtarzalnych jako całość w innej klasie głosek, w innym fonemie” (ROCLAWSKI, 2001b: 139).

Wyniki badań Roclańskiego i jego współpracowników pozwalają na stwierdzenie, że w trzecim kwartale życia dziecka rozpoczyna się kształtowanie *śluchu fonemowego*. Pełna dojrzałość możliwości słuchowego fonologicznego kwalifikowania głosek następuje w wieku 2 lat i dotyczy głosek brzmieniowo czystych. Później wraz z rozwojem mowy ma miejsce „pełna automatyzacja funkcjonowania słuchu fonemowego” (ROCLAWSKI, 2001a: 21). Pełna umiejętność słuchowego różnicowania klas głosek wynika z zasobu fonemów danego języka. Powiększa się ona wraz z nauką języków obcych.

Zdaniem J. Fife’a, języka nie uczymy się na pamięć, lecz wykorzystujemy abstrakcyjne wzorce jego struktury, czyli schematy, które „są wyabstrahowanymi cechami wspólnych, bardziej podstawowych struktur — derywatów, będących rezultatem porównań konkretnych okazów dokonywanych przez użytkowników języka” (FIFE, 1994: 15). Zjawisko to następuje w procesie habituacji, tj. utrwalania, „co oznacza, że procesy poznawcze człowieka są tak ustrukturyzowane, że kiedy jakaś ścieżka kognitywna — sensoryczna, emocjonalna, kinestetyczna lub intelektualna — pojawia się stosunkowo często lub w odpowiednim nasileniu, zostaje ona utrwalona. Utrwalenie, następnie aktywacja danej ścieżki kognitywnej wymaga początkowo znacznego wysiłku kognitywnego, lecz z czasem aktywowanie jej staje się coraz łatwiejsze, co pozwala na większą płynność w wykonaniu danej operacji” (FIFE, 1994; zob. także NOWAKOWSKA-KEMPNA, 1995). Ma to miejsce np. w procesie tworzenia u dziecka ścieżki kognitywnej, którą stanowi sprawność fonetyczno-fonologiczna (ROCLAWSKI, 1986). „Etap wypełniania [...] przechodzi płynnie, etap pierwszy zmienia się w kolejny” (NOWAKOWSKA-KEMPNA, 2000: 15), nabywanie sprawności następuje w sposób coraz bardziej zautomatyzowany. Ostatecznie w fazie końcowej sprawność fonetyczno-fonologiczna „odbywa się przy **minimalnym wysiłku kognitywnym**” (NOWAKOWSKA-KEMPNA, 2000: 15). Dlatego też w procesie habituacji ważną pozycję zajmuje niesprawność artykulatorów, słabe ich wykształcenie i funkcjonowanie, czego efektem jest nieprawidłowe wybrzmiewanie głosek polegające na:

- zastępowaniu trudnych do wypowiedzenia głosek łatwymi,
- zniekształcaniu głosek z powodu częściowo zmienionego miejsca ich artykulacji,
- niewymawianiu w ogóle trudnych do wybrzmienia głosek.

Poza określeniami *śluch fonemowy*, *fonologiczny*, *fonematyczny* funkcjonuje także pojęcie *śluch mowny* (EMILUTA-ROZYA, 1994; SKOREK, 2001).

E.M. Skorek definiuje słuch mowny jako zdolności do rozróżniania wyrazów, na który składają się trzy elementy:

- słuch fonemowy, tj. umiejętność rozróżniania cech dystynktywnych, tzn. fonemów,
- słuch fonetyczny, czyli zdolność odróżniania cech niedystynktywnych, tj. głosek w ramach danej klasy głosek,
- słuch prozodyczny, tzn. wyróżnianie akcentu, tonu, intonacji (SKOREK, 2001: 82).

Ocena słuchu fonemowego dziecka jest niezwykle istotnym elementem diagnozy logopedycznej. W ciągu kilkuminutowego testu przesiewowego badający może wychwycić wadę lub nieprawidłowość w mowie, nie zawsze jednak zorientuje się, że dziecko ma problem z odróżnieniem dwóch wyrazów, różniących się jedną z cech dystynktywnych danego fonemu. W tej kwestii po raz kolejny ważna staje się współpraca środowisk edukacyjnych. Kto bowiem lepiej będzie wiedział, czy dziecko odróżnia podobnie brzmiące wyrazy, jeśli nie nauczyciel, który ma z uczniem najczęstszy kontakt? Ten element profilaktyki powinien być oparty na rzetelnej wiedzy nauczycieli, ujednoliconych definicjach pojęcia słuchu fonemowego oraz dobrej współpracy logopedów i przedstawicieli środowiska edukacyjnego — dzięki temu skuteczność działań diagnostycznych będzie większa.

## Podsumowanie

Diagnoza obejmuje zatem szczegółowe badanie, które wymaga wiedzy i sprawności, jaką powinien się wykazać diagnosta. Wstępne rozpoznanie problemu warunkuje dobór odpowiednich narzędzi, indywidualnie dopasowanych do potrzeb pacjenta. Student logopedii słyszy często podczas zajęć o doborze odpowiednich metod diagnozy, ponieważ postępowanie diagnostyczne będzie różne, biorąc pod uwagę choćby dorosłego pacjenta i dziecko. Niezwykle ważna jest również kolejność badania, która podczas diagnozy zakłada weryfikację wzorca wymawiania głoski najpierw

w zestawieniach trudniejszych, potem w łatwiejszych (CZAPLEWSKA, 2012) oraz kryteria oceny, związane z normami wymawianiowymi, przyjętymi dla danego wieku. Logopeda ma odpowiednią wiedzę, jest również przygotowany do wykonania pełnej diagnozy logopedycznej. Jednak jego działania często docierają zbyt późno, podczas gdy działania profilaktyczne można rozpocząć znacznie wcześniej — wtedy, kiedy pomiędzy środowiskiem nauczycieli, logopedów, psychologów i pedagogów będzie miała miejsce odpowiednia współpraca oraz wymiana doświadczeń związanych z pracą z dziećmi: konferencje, szkolenia i warsztaty, wymiana obserwacji przygotowujące do podjęcia części działań logopedycznych w ramach profilaktyki przez nauczycieli szkół i przedszkoli. Jeśli do tego dołączymy zaangażowanie w prowadzenie działań wspomagających w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń wymowy i wnioski płynące z obserwacji dziecka, to otrzymamy przepis na sukces skutecznej profilaktyki logopedycznej w praktyce edukacyjnej.

## Bibliografia

- ANTOS D., DEMEL G., STYCZEK J., 1971: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- BALEJKO A., 1992: *Jak usuwać wady wymowy*. Białystok, Orthdruk.
- BALEJKO A., 1993: *Dyslalia: etiologia, diagnoza*. W: GAŁKOWSKI T., TARKOWSKI Z., ZALESKI T., red.: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 93—100.
- BARTKOWSKA T., 1968: *Rozwój mowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*. Warszawa, PWN.
- BILLEWICZ G., ZIOŁO B., 2001: *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- BILLEWICZ G., ZIOŁO B., BATOR Z., 1996: *Ćwiczenia dykcyjne dla dzieci przedszkolnych i szkolnych*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- BOGDANOWICZ M., 2003: *Problemy diagnozy, terapii i profilaktyki zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Logopedia — pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 243—257.
- CIESZYŃSKA J., 2001: *Metody wywoływania głosek*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe AP.
- CZAPLEWSKA E., 2012: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: CZAPLEWSKA E., MILEWSKI S., red.: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, s. 65—120.
- EMILUTA-ROZYA D., 1994: *Wspomaganie rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa, CMPP-P MEN.

- EMILUTA-ROZYA D., 1998: *Diagnoza logopedyczna dzieci z wadami wymowy*. W: ROLA J., red.: *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*. Warszawa, s. 96—110.
- FIFE J., 1994: *Wykłady z gramatyki kognitywnej*. W: KARDELA H., red.: *Podstawy gramatyki kognitywnej*. Warszawa, s. 9—64.
- HAYNES W., PINDZOLA R., 1998: *Diagnosis and Evaluation In Speech Pathology*. Needham Heights, Allyn and Bacon.
- JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O., 2003: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: GAŁKOWSKI T., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji. Logopedia pytania i odpowiedzi*. Opole, s. 633—667.
- KACZMAREK L., 1955: *Kwestionariusz do ustalenia zaburzeń mowy (dyslalia) u dzieci*. Poznań, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- KANIA J.T., 2001: *Szkice logopedyczne*. Lublin, Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- KOZŁOWSKA K., 1998: *Wady wymowy możemy usunąć*. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
- KRAJNA E., 2008: *100-wyrazowy Test Artykulacyjny. Założenia teoretyczne*. Katowice, Komlogo.
- LASKOWSKI R., 1999: *Fonem*. W: POŁAŃSKI K., red.: *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Wrocław—Warszawa—Kraków, s. 155—156.
- ŁURIA A. R., 1976: *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki. Wybór prac*. Warszawa.
- MACKIEWICZ B., 2001: *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*. „Logopedia”, T. 29, s. 87—91.
- MAURER A., 1997: *Głoski rozpoczynające i kończące słowa. Kształtowanie świadomości fonologicznej u dzieci przedszkolnych*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- MICHALAK-WIDERA I., 2002: *Śmieszne minki dla chłopczyka i dziewczynki. Ćwiczenia usprawniające mowę*. Katowice, Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., 2009: *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Katowice, Unikat 2.
- MICHALAK-WIDERA I., WĘSIERSKA K., 2012: *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice, Unikat 2.
- MINCZAKIEWICZ E.M., 1997: *Mowa — rozwój — zaburzenia — terapia*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe WSP.
- MOĆKO N., SROKA A., SZLACHTA M., 2012: *Wstępna identyfikacja zaburzeń mowy — przesiewy logopedyczne w praktyce nauczyciela*. W: WĘSIERSKA K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 169—185.
- MOĆKO N., WĘSIERSKA K., w druku: *Sytuacja dziecka jaskającego się w przedszkolu i w szkole*.
- MORKOWSKA E., 2000: *Wąż syczy pod szumiącym drzewem*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- NOWAK J.E., 1997: *Wybrane problemy logopedyczne*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy.
- NOWAKOWSKA-KEMPNA I., 1995: *Konceptualizacja uczuć w języku polskim*. Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie.
- NOWAKOWSKA-KEMPNA I., 2000: *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Katowice, Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza.
- OSTASZEWSKA D., TAMBOR J., 2000: *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*. Warszawa, PWN.
- PAROL U.Z., 1997: *Dziecko z niedokształceniem mowy*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

- ROCLAWSKI B., 1986: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ROCLAWSKI B., 2001a: *Słuch fonemowy i fonetyczny*. Gdańsk, GLOTTISPOL.
- ROCLAWSKI B., 2001b: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk, GLOTTISPOL.
- ROCLAWSKI B., FEDOROWSKA W., WARDOWSKA B., 1995: *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*. Gdańsk, GLOTTISPOL.
- RODAK H., 1994: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- SAWA B., 1990: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- SKOREK E.M., 2000: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- SKOREK E.M., 2001: *Oblicza wad wymowy*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.
- STECKO E., 1996: *Zaburzenia mowy dzieci — wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- STECKO E., 2009: *Sprawdź, jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- STYCZEK I., 1981: *Logopedia*. Warszawa, PWN.
- STYCZEK I., 1982: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Iwona Michalak-Widera, Natalia Moćko

Preventive treatment as an element  
of successful diagnosis of a child

Summary

The paper talks about speech therapy diagnosis and indicates screening as a useful tool used by experts in the educational setting such as speech therapists as well as teachers, psychologists and pedagogues in recognising speech impairments. The authors discuss the selected items of full speech therapy diagnosis and highlight the role of cooperation between different specialists and the advantages of introducing preventive treatment and working with the child at all stages of their education. The paper also presents the definition of phonemic awareness and the possibilities for teachers to observe and diagnose phonemic awareness deficits.



Iwona Michalak-Widera, Natalia Moćko

Logopädische Prophylaxe als Element der erfolgreichen  
Diagnose bei einem kleinen Patienten

Zusammenfassung

Der Artikel ist eine Einführung in die Thematik der logopädischen Prophylaxe und des logopädischen Aussiebens, die nicht nur den Logopäden, sondern auch den Lehrern, Psychologen und Pädagogen möglich machen, eine Frühdiagnose zu stellen. Die Verfasserinnen besprechen manche Elemente der vollen logopädischen Diagnose und berücksichtigen dabei die aus der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Spezialisten auf dem Gebiet der Arbeit mit Kindern folgenden Möglichkeiten und die Nutzen aus der, die Arbeit mit den Kindern auf jeder Schulbildungsstufe umfassenden prophylaktischen Maßnahmen. Sie klären den Begriff „phonematisches Gehör“ und zeigen, auf welche Weise die Lehrer den Fehler diagnostizieren können.